



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

Дата / Date: \_\_\_\_\_ Имя гаранта / Guarantor Name: \_\_\_\_\_

Имя пациента / Patient Name: \_\_\_\_\_

Дата обслуживания / Date of Service: \_\_\_\_\_

Номер счета больницы / Hospital Account # \_\_\_\_\_

Номер медицинской записи / Medical Record # \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Texas Health Center for Diagnostics & Surgery Plano
<input type="checkbox"/>	Texas Health Presbyterian Hospital Rockwall

<input type="checkbox"/>	Texas Health Harris Methodist Hospital Southlake
<input type="checkbox"/>	Texas Institute for Surgery at Presbyterian Hospital of Dallas

<input type="checkbox"/>	Texas Health Presbyterian Hospital Flower Mound
--------------------------	---

Уважаемый пациент / Dear Patient,

в приложении вы найдете заявление о предоставлении финансовой помощи организации Texas Health Resources. Заполнение данного заявления позволит нам представить ваш счет на рассмотрение вопроса об оказании финансовой помощи с оплатой вашего больничного счета(-ов). Это относится лишь к расходам, понесенным вами за лечение в больнице. / *Attached you will find the Texas Health Resources Financial Assistance Application. Completion of this application will enable us to present your account for consideration of financial assistance for your hospital bill(s). This is for your hospital charges only.*

Мы понимаем ваше желание сохранять конфиденциальность. Соответственно, информация, включенная в ваше заявление, будет рассматриваться как конфиденциальная, кроме случаев, когда необходима проверка. Она будет предоставляться только ограниченному кругу лиц в пределах организации Texas Health Resources. / *We understand your desire for privacy. Accordingly, except for verification purposes, the information included in your application will be treated as confidential information. It will only be shared within Texas Health Resources on a need to know basis.*

Пожалуйста, заполните каждый пункт в заявлении. Если вам нужны дополнительные строки для пояснений, пожалуйста, используйте обратную сторону заявления. / *Please complete each item on the application. If you need additional space for any explanations, please utilize the back of the application.*

Пожалуйста, предоставьте копии справок о начислении заработной платы за текущий месяц и два предыдущих месяца и/или доказательство любой другой формы дохода для семьи. Если вы не получаете квитанции, предоставьте копии ваших банковских выписок с ежемесячными суммами денежных средств, которые поступают на ваш счет. Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем, предоставьте копию последней заполненной личной декларации о подоходном налоге и текущий отчет о прибылях и убытках. Неспособность предоставить запрошенную документацию может привести к отказу в рассмотрении заявления о предоставлении финансовой помощи. / *Please provide copies of*



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

*your current month and two prior months pay stubs and/or proof of any other form of income for the household. If you do not receive check stubs, please provide copies of your bank statements showing your monthly deposits. If self-employed, please provide a copy of your most recently filed personal income tax return and a current profit and loss statement. Failure to provide the requested documentation can result in a denial for financial assistance consideration.*

*Чрезвычайно важно, чтобы вы заполнили данное заявление после получения и вернули его как можно скорее. / It is extremely important that you complete this application upon receipt and return it as soon as possible.*

*Если вам трудно заполнить данное заявление или если вы не уверены, как ответить на какой-то вопрос, звоните нам. Мы ценим ваше сотрудничество. / If you have difficulty completing this application or there is an area that is unclear, please call. Your cooperation is appreciated.*



500 E Border Street #122  
 Arlington Texas 76010  
 682-236-1600 / 800-715-7210  
 customerservice@texashealthpartners.com

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ – страница 1**  
 APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1

Имя пациента / Фамилия / Last \_\_\_\_\_ Имя / First \_\_\_\_\_ Отчество / MI \_\_\_\_\_  
 Patient Name:

Номер социального обеспечения / \_\_\_\_\_ Дата рождения / \_\_\_\_\_ Номер больничного счета / \_\_\_\_\_  
 Social Security # DOB: Hospital Account #:

Женат (замужем) / Холост/не Разведен(-а) / Вдовец (вдова) / Отдельное  
 Married замужем / Single Divorced Widowed проживание /  
 Separated

Есть ли у вас несовершеннолетние дети (до 18 лет)? / Do you have minor children (under 18)?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
Они живут с вами? / Do they live with you?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
Являются ли они вашими родными/законно усыновленными детьми? / Are they your birth/legally adopted children?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
Пациент работает? / Patient Employed?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
Ваш супруг/ваша жена работает? / Spouse Employed?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
У вас есть медицинская страховка? / Do you have medical insurance?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
Являетесь ли вы инвалидом? Как долго? / Are you on disability? How long?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No
Являетесь ли вы ветераном? / Are you a veteran?	_____	Да / Yes	_____	Нет / No

**ЧЛЕНЫ СЕМЬИ – (проживающие дома) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)**

Супруг(-а) / Spouse: \_\_\_\_\_

Ребенок / Child: \_\_\_\_\_ Возраст / Age: \_\_\_\_\_  
 Ребенок / Child: \_\_\_\_\_ Возраст / Age: \_\_\_\_\_  
 Ребенок / Child: \_\_\_\_\_ Возраст / Age: \_\_\_\_\_  
 Ребенок / Child: \_\_\_\_\_ Возраст / Age: \_\_\_\_\_

**ДОХОДЫ (ежемесячная сумма) / INCOME (Monthly Amount):**

	<u>Валовая</u> <u>сумма / Gross</u>	<u>Чистая сумма /</u> <u>Net</u>	<u>Расходы / Expenses</u>	<u>Ежемесячная</u> <u>сумма / Monthly</u> <u>Amount</u>
Пациент / Patient	\$ _____	\$ _____	Ипотека/аренда / Mortgage/Rent	\$ _____
Супруг(-а) / Spouse	\$ _____	\$ _____	Коммунальные услуги / Utilities	\$ _____
Иждивенцы / Dependents	\$ _____	\$ _____	Автомобильные платежи / Car Payments	\$ _____
Государственная помощь / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Питание/продукты / Food / Groceries	\$ _____
Продовольственные талоны / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Кредитные карты / Credit Cards	\$ _____
Социальное обеспечение / Social Security	\$ _____	\$ _____	Другое (просьба указать) / Other (please specify)	_____
Безработица / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____



500 E Border Street #122

Arlington Texas 76010

682-236-1600 / 800-715-7210

customerservice@texashealthpartners.com

Пособия бастующим / <i>Strike Benefits</i>	\$ _____	\$ _____		
Компенсация / <i>Worker's</i> рабочим / <i>Compensation</i>	\$ _____	\$ _____	<b>ИТОГО / TOTAL</b>	\$ _____
Алименты / <i>Alimony</i>	\$ _____	\$ _____		
Пособие на ребенка / <i>Child Support</i>	\$ _____	\$ _____		
Плата военнослужащим / <i>Military Allotments</i>	\$ _____	\$ _____		
Пенсии / <i>Pensions</i>	\$ _____	\$ _____		
Доход от / <i>Income</i> <i>from:</i> Депозитные свидетельства / <i>CD's</i> Аренда, дивиденды / <i>Rent, Dividends</i>				
Проценты / <i>Interest</i>	\$ _____	\$ _____		
<b>ИТОГО / TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____		

**АКТИВЫ / ASSETS**

Текущий счет / <i>Checking Account</i>	\$ _____
Сберегательный счет / <i>Savings Account</i>	\$ _____
Депозитные свидетельства, индивидуальные пенсионные счета / <i>CD's,</i> <i>IRA's</i>	\$ _____
Другие инвестиции (акции, облигации и т.д.) / <i>Other Investments (Stocks, bonds, etc.)</i>	\$ _____
Недвижимость/земля помимо основного места жительства / <i>Properties/Land other</i> <i>than primary residence</i>	\$ _____



500 E Border Street #122  
 Arlington Texas 76010  
 682-236-1600 / 800-715-7210  
 customerservice@texashealthpartners.com

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ – страница 2 /**  
**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2**

Имя работодателя / <i>Name of Employer</i>	_____	Работодатель супруга(-и) / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
Номер телефона / <i>Telephone #</i>	_____	Номер телефона / <i>Telephone #</i>	_____
Адрес работодателя / <i>Employer Address</i>	_____	Адрес работодателя / <i>Employer Address</i>	_____
Род занятий / <i>Occupation</i>	_____	Род занятий / <i>Occupation</i>	_____

Претендуете ли вы в настоящее время на получение пособий по программе Medicaid? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	_____ Да / Yes	_____ Нет / No
Вы подали заявление на помощь через больницу вашего округа/в рамках программы для неимущих? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	_____ Да / Yes	_____ Нет/ No
Предоставляет ли ваш врач свои услуги безвозмездно? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	_____ Да / Yes	_____ Нет/ No
Есть ли третьи стороны, потенциально ответственные за вашу аварию/травму/заболевание? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	_____ Да / Yes	_____ Нет/ No
Кто-либо помогает вам с оплатой больничных счетов? / <i>Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?</i>	_____ Да / Yes	_____ Нет/ No
Кто вам помогает? / <i>Who is assisting you?</i>	_____	
Какую помощь вы получаете? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____	

Укажите любую другую информацию, которая, по вашему мнению, поможет нам в определении вашего права на получение помощи в оплате вашего больничного счета. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ожидаемые доходы и/или средства, которые вы получите во время отсутствия на работе из-за вашей болезни (отпуск по болезни, оплачиваемый отпуск, кратковременное/долговременное пособие по инвалидности) / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).* \$ \_\_\_\_\_

Ожидаемое время, в течение которого вы будете не в состоянии работать и/или получать заработную плату / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* \_\_\_\_\_

Я понимаю, что организация Texas Health Resources может проверить финансовую информацию, содержащуюся в данном заявлении, в связи с оценкой больницей данного заявления, и настоящим разрешаю больнице связаться с моим работодателем для подтверждения представленной информации и запросить отчетность от кредитных учреждений. Я осознаю, что эта информация будет использоваться для определения моего права на получение финансовой помощи и что фальсификация сведений в этом заявлении может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи. Я также понимаю, что любые утверждения финансовой помощи могут быть аннулированы как полностью, так и частично, в случае взыскания средств с третьей стороны или другого источника. / *I understand that Texas Health Resources may verify the financial information contained in this application in connection with the hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and to request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information will be used to determine my eligibility for financial assistance and that the falsification of information in this application may result in denial of Financial Assistance care assistance. I also understand that any Financial Assistance approval may be completely or partially reversed in the event of a recovery from a third-party or other source.*



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

Я также понимаю, что любая финансовая помощь, которую я получаю, не должна толковаться как отказ больницы от своего права на взыскание сумм в счет возмещения моей задолженности, и что любую компенсацию, которую я получаю в связи с госпитализацией, необходимо направить в организацию Texas Health Resources. / *I further understand that any Financial Assistance care I receive shall not be construed as a waiver by hospital of its hospital lien for reimbursement of any amount I owe and that any reimbursement I receive relating to this hospitalization must be sent to Texas Health Resources.*

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, подающего заявление, если это пациент / *Signature of Person Making Request, If Patient*

\_\_\_\_\_  
Дата / *Date*

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, подающего заявление, если это не пациент / *Signature of Person Making Request, If Not Patient*

\_\_\_\_\_  
Отношение / *Relationship*

\_\_\_\_\_  
Адрес пациента / Город / *City*    Штат / *State*    Почтовый индекс / *ZIP* Округ / *County*  
*Patient's Address*

\_\_\_\_\_  
Домашний телефон /  
*Home Telephone Number*